

1. Vor- und Zuname	
Geburtsdatum	

2. Benötigt der/die Patient:in Hilfe beim				
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen?				
Treppensteigen?				
Essen?				
Waschen?				
Frisieren/Rasieren?				
Aufstehen (aus dem Bett)?				
Zu Bett gehen?				
Benutzen der Toilette?				
Ankleiden?				
3. Ist der/die Patient:in desorientiert?				
zeitlich				
örtlich				
persönlich				
alternativ				
4. Treten nachts Unruhezustände auf?				
5. Ist der Patient bettlägerig?				
6. Liegt eine Inkontinenz vor?				
• Stuhlinkontinenz				
• Harninkontinenz				

(wenn ja, in welcher Form?)     Stress-    Drang-    Reflex-    Überlauf-    Extraurethrale

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung?)	
8. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche?)	
9. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welche?)	
10. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welche?)	
11. Bestehen ansteckende Krankheiten gem. § 48 a BSeuchG wie z. B. TBC, HIV, MRSA Hepatitis B/C (bitte genau bezeichnen)	
12. Diagnose	

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Dosierung:	m	a	n

14. Ist Diät/Schonkost erforderlich (wenn ja, welche Art)?

15. Wie ist der Ernährungszustand?

16. Hinweise / Bemerkungen


Empfehlung der Heimbedürftigkeit wegen (bitte ankreuzen):

- Fehlen der Pflegeperson
- Fehlender Pflegebereitschaft mögl. Pflegepers.
- Drohender oder bereits eingetretener Überforderung vorhandener Pflegeperson
- Eigen- und Fremdgefährdung des Pflegebedürftigen
- Nicht vorhandener räumlicher Voraussetzungen für angemessene Pflege im häuslichen Bereich

Die Angaben in diesem Fragebogen beruhen auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes
-------------------------------------

Ort: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_